الجمهورية التونسية
وزارة الشؤون الإجتماعية
الإدارة العامة لتفقد طب الشغل والسلامة المهنية

من السيد(ة) .....

إلى

السيد(ة) رئيس(ة) قسم تفقدية طب الشغل والسلامة المهنية بولاية .....

الموضوع : طلب فحص طبي للفصل في النزاعات المتعلقة بالتمديد في مدة الراحة إثر حادث شغل أو مرض مهني.

إني الممضي (ة) أسفله السيّد (ة):

الاسم واللقب :.....

تاريخ الولادة: /__/__/__/__/__/__/__/__/ مكانها: .....

رقم بطاقة التعريف الوطنية /__/__/__/__/__/__/__/__/ المسلّمة بـ..... في /__/__/__/__/__/__/__/__/

الهاتف: /__/__/__/__/__/__/__/__/ البريد الإلكتروني:.....

رقم الانخراط بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي: /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

المهنة:.....

أطلب تمكيني من فحص طبي نظرا لرفض الطبيب المستشار بالصندوق الوطني للتأمين على المرض للتمديد في مدّة الراحة بـ /__/__/__/ يوما إثر تعرضي لـ: ☐ حادث شغل ☐ مرض مهني بتاريخ ...../...../.....

..... في، ...../...../.....

الإمضاء

الوثائق المطلوبة:

- نسخة من بطاقة الانخراط بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي أو نسخة من بطاقة علاج بالصندوق الوطني للتأمين على المرض
- نسخة من رفض الطبيب المستشار بالصندوق الوطني للتأمين على المرض للتمديد في مدة الراحة.
- ملف طبي يحتوي على كل الوثائق الطبية ذات الصلة.